

UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



MANEJO MEDICO ODONTOLOGICO DE PACIENTES CON FISURA
DE LABIO Y PALADAR HENDIDO QUE ACUDIERON AL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL FERNANDO VELEZ PAIZ EN EL AÑO 1997

Br. ANGHIARY DALI ROCHA MURILLO
Br. GEORGINA DEL CARMEN SOZA GUERRERO
Br. HAZEL LUCIA TRAVERS NOVOA

Monografía para optar al grado de
CIRUJANO DENTISTA

Tutor:
Dr. PAULINO CASTELLON

Managua, Nicaragua, diciembre, 1998

DEDICATORIA

Br. ANGHIARY DALI ROCHA MURILLO.

Después de haber concluido ésta etapa muy importante en mi vida y haber realizado uno de mis grandes sueños espero que sirva como base para el futuro que obligatoriamente tendré que forjar, me siento inmensamente feliz de haber recompensado todo ese esfuerzo que mis Padres tuvieron que hacer para que yo en este día hiciera realidad mi carrera Universitaria; al mismo tiempo quiero agradecer a todos aquellos que directa o indirectamente me apoyaron en este trabajo especialmente mi tío Emiliano, quien sin ningún interés me apoyó constantemente, a mis Profesores quienes con el fruto de su sabiduría y experiencia pudieron enriquecer mi saber, a mis Pacientes que soportaron pacientemente mi trabajo.

Br. GEORGINA DEL CARMEN SOZA GUERRERO.

A Dios por ser guía, apoyo y luz durante toda mi vida, especialmente en mi vida Estudiantil.

A mis Padres, Gustavo y Mireya, por su apoyo preocupación y sacrificios que realizaron para que tuviera la mejor educación y los mejores principios morales.

A mis hermanos Geraldine y Gustavo, por su paciencia y por brindarme su apoyo.

A mis amistades, por darme la mano y estar ahí en los momentos buenos y malos; gracias por darme ánimos.

Br. HAZEL LUCIA TRAVERS NOVOA.

Quiero dedicar esta monografía, trabajo final de mis años de esfuerzos en el estudio y como meta lograda entregársela a mis Padres Wanda e Isaac, quienes siempre me apoyaron, me guiaron y su orientación y cariño fue un soporte a las largas horas de estudio que me han llevado a concluir mi ansiado sueño de convertirme en una profesional.

AGRADECIMIENTOS

Existen muchas formas de agradecer, tantas oportunidades que la vida nos ha ofrecido y que hemos tenido la oportunidad de realizar; sin embargo en algún momento se nos dificulta encontrar la forma más acertada de agradecer algo que se ha recibido, más aún cuando se trata de algo que duraría toda tu vida y que nada ni nadie podrá arrebatarlo.

En el caso de nuestra formación profesional que viene a ser la base estructural de nuestro futuro, y esto se lo debemos en parte muy significativa al empeño que nuestros profesores emplearon en todos estos años de educación, nos sentimos infinitamente agradecidas por todo ese entusiasmo esmerado que nuestros profesores tuvieron en las aulas de clase al transmitirnos sabiduría y enriquecer nuestros conocimientos hasta el grado universitario que hoy estamos alcanzando. Deseamos mencionar en este trabajo como reconocimiento a toda esta labor a los doctores Dr. PAULINO CASTELLON, (tutor monográfico); Dr. MIGUEL ANGEL OROZCO, (tutor metodológico); Dra. VERONICA CUADRA, Dr. ALDEN HASLAM, Dra. LILLY CANTÓN (colaboradores).

INDICE:

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

I.-DESARROLLO

A.-Objetivos	pág. 1
1.-Generales	
2.-Específicos	
B.-Marco Teórico	
1.-Embriología normal de la cara.....	pág. 2
2.-Embriología de labio fisurado y paladar hendido.....	pág. 5
3.-Etiología de las fisuras de Labio y paladar.....	pág. 5
4.-Anatomía de labio.....	pág. 6
5.-Anatomía de paladar.....	pág. 7
6.-Anatomía de labio hendido.....	pág. 8
7.-Anatomía de labio hendido bilateral.....	pág. 9
8.-Anatomía de paladar hendido.....	pág. 10
9.-Frecuencia.....	pág. 12
10.-Clasificación de las fisuras de labio y paladar	pág. 14
11.-Tratamiento:	
11.1-Quirúrgico.....	pág. 20
11.2-Dental	pág. 23
11.3-Ortodóntico	pág. 24
11.4-Protésico	pág. 25
11.5-Terapéutica de la fonación	pág. 26
C.-Hipótesis	pág. 27
D.-Material y Método	pág. 28
E.-Resultados	pág. 33
1.-Distribución de los pacientes por Sexo y Edad.....	pág. 34
2.-Procedencia y Nivel sociocultural.....	pág. 34
3.-Raza	pág. 35
4.-Clasificación del Tipo de Fisura	pág. 36
5.-Tratamiento Quirúrgico	pág. 37
6.-Anomalías Acompañantes	pág. 38
7.-Problemas Ortodónticos.....	pág. 42

8.-Problemas Protésicos	pág. 43
9.-Problemas asociados a las malformaciones.....	pág. 43
10.-Diagnóstico Bucal.....	pág. 44
11.-Tratamiento Dental	pág. 45
12.-Otros Tratamientos	pág. 46
13.-Clasificación del Tipo de Fisura según Sexo	pág. 47
 F.-Análisis y Discusión	 pág. 49
 II.-CONCLUSIONES	 pág. 55
 III.-RECOMENDACIONES	 pág. 57

ANEXOS

Anexo A: Índice de Tablas

Anexo B: Índice de Cuadros

Anexo C: Ficha de Recolección de Información

Anexo D: Cronograma de Actividades

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El Hospital Materno Infantil Fernando Vélez Paíz, ubicado en la ciudad de Managua, brinda diversos servicios de Salud a la población incluyendo Odontología Infantil, siendo esta institución la única que presta Servicios Odontológicos a niños que presentan fisura de labio y paladar.

Las hendiduras de labio y paladar son alteraciones congénitas frecuentes que a menudo producen deficiencias importantes del lenguaje, masticación y deglución. Las hendiduras son variables desde surcos en piel o mucosa, hasta hendiduras que afectan músculos y huesos.¹

Se sabe que las deformidades congénitas de labio hendido y paladar hendido afectan al hombre desde los tiempos prehistóricos. Los esfuerzos para corregir estas anomalías han evolucionado a medida que ha avanzado el conocimiento científico. La combinación de fisura labial y palatina es mas frecuente que las anomalías aisladas de cualquiera de estas regiones. La deformidad facial del labio hendido comprende tejidos del labio y la nariz. Las zonas que comprenden las fisuras bucales comunes son labio superior, reborde alveolar, paladar duro y paladar blando.²

La fisura de labio y paladar se encuentra entre las deformaciones congénitas más comunes del hombre, su incidencia varía de 0.8 a 1.6 casos por cada mil nacidos vivos a nivel mundial.

¹ (10) Regezzi-sciubba. Patologia Bucal.

² (11) Shafer, William. Tratado de Patologia Bucal.

Estas alteraciones frecuentemente tienen muchas variantes clínicas y diversidad de tratamientos multidisciplinarios que se aplican a cada caso en particular. Por ello, se considera necesario el estudio de este tema debido a la falta de información que existe sobre el Manejo Médico-Odontológico de los niños que presentan estas anomalías en Nicaragua. Esta información permitirá el diseño de Programas de Atención que respondan más adecuadamente al problema.

El enfoque de la investigación que se expone a continuación esta dirigido principalmente a describir el manejo integral de los niños con fisura de labio y paladar ingresados al Hospital Materno Infantil Fernando Vélez Paíz en el año 1997.

El método utilizado fue de tipo retrospectivo investigativo, la obtención de los datos se hizo a través de la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes, plasmándolos en una ficha de recolección de datos, la muestra estaba constituida de 23 pacientes de diversos rangos de edades.

ANTECEDENTES

En Nicaragua al igual que los demás países del mundo existe una prevalencia importante de hendiduras de labio y/o paladar.

Dentro de su manejo médico-odontológico, el tratamiento odontológico ha sido tema de diversas investigaciones y estudios.

En Minneapolis (USA), en Abril de 1989 el Deeby, Bevis y Gómez-Marín estudiaron la respuesta pulpar de los caninos erupcionados en el sitio del injerto en pacientes con hendiduras alveolares. En el mismo año Pavsic (Yugoslavia) evaluó los cuidados ortodónticos en niños con hendiduras.

En Enero de 1990 Shaw y Semb (Inglaterra) realizaron un estudio acerca del manejo ortodóntico en niños con labio y paladar hendido. En la ciudad de Miami ese mismo año Millard Jr. y Latham investigaron el perfeccionamiento de la cirugía primaria y tratamiento dental en pacientes con hendiduras.

En Marzo de 1991 Bacher, Koppenburg y col (Alemania) evaluaron el uso de coronas temporales para la corrección de maloclusiones durante la dentición decidua en niños con labio y paladar hendidos. En noviembre del mismo año, So (Hong Kong) analizó la demanda del tratamiento ortodóntico en pacientes con hendiduras.

En Nicaragua se han realizado estudios sobre las hendiduras de labio y paladar; en Octubre de 1991, Ortega realizó una investigación sobre las secuelas postquirúrgicas del prolabio en pacientes con fisura labial doble.

En Agosto de 1992, Dra. Vilchez evaluó la incidencia y características generales de Fisura de Labio.

En diciembre de 1992, los Drs. Cuadra y Haslam realizaron el estudio de tratamientos odontológicos de secuelas post-corrección quirúrgica de labio y paladar hendido o de anomalías acompañantes de la lesión.

A.-Objetivos:

1.-Objetivo General:

Describir el manejo médico-odontológico brindado a los pacientes con fisura de labio y paladar del hospital Materno Infantil “Fernando Vélez Paíz” en el año 1997.

2.-Objetivos específicos:

a).-Describir las características generales de los pacientes con fisura de labio y paladar.

b).-Identificar las anomalías iniciales que los pacientes presentaban previa a la corrección quirúrgico y a los tratamientos realizados.

c).-Determinar la gravedad y severidad de las anomalías dentales según el tipo de hendidura.

d).-Conocer los tratamientos médico-odontológicos que fueron realizados a los pacientes.

B.-Marco teórico:

El labio y/o paladar hendido se presenta con una alta frecuencia y diversidad de variantes clínicas. Existe una multiplicidad de tratamientos interdisciplinarios aplicables a cada caso.

Para comprender la producción de estas deformidades congénitas es importante conocer la embriogénesis normal de la cara.

1.-Embriología normal de la cara:

La característica más típica del desarrollo de la cabeza y cuello es la formación de los arcos branquiales o faríngeos. Estos arcos aparecen en la cuarta y quinta semana de desarrollo intrauterino, constituidos por bandas de tejido conectivo mesenquimatoso separados por profundos surcos llamados hendiduras branquiales o faríngeas.¹

Cuando el embrión tiene cuatro y media semanas de edad pueden identificarse cinco formaciones mesenquimatosas: 1 y 2 los procesos mandibulares que pueden distinguirse caudalmente en relación con el estomodeo. 3 y 4 los procesos maxilares (porción dorsal del primer arco branquial) lateralmente al estomodeo, y 5 la prominencia frontonasal, elevación ligeramente redondeada que se sitúa cranealmente al estomodeo.²

¹ (5) Langman, Jam. Embriología Médica. Pág. 279-284

² (5) Idem. pág. 244-284

El cartílago del primer arco branquial está formado por una porción dorsal llamada proceso maxilar, que se extiende hacia adelante debajo de la región correspondiente al ojo y una porción ventral del proceso mandibular o cartílago de Meckel.

El mesénquima del proceso maxilar dará origen más tarde a la premaxila, maxila, hueso cigomático y parte del hueso temporal, por osificación membranosa. El maxilar inferior se forma igualmente por osificación membranosa del tejido mesenquimatoso que rodea al cartílago de Meckel.³

Hacia el final de la cuarta semana a cada lado del proceso frontal e inmediatamente por arriba del estomodeo se observa un engrosamiento local del ectodermo superficial: LA PLACODA NASAL. Durante la quinta semana aparecen dos rebordes de crecimiento rápido, los procesos nasales mediales y laterales que rodean la placoda nasal.⁴

En el curso de las dos semanas siguientes, los procesos maxilares continúan aumentando de volumen y simultáneamente crecen en dirección medial comprimiendo los procesos nasales mediales hacia la línea media. En una etapa ulterior queda cubierta la hendidura que se encuentra entre el proceso nasal medial y el proceso maxilar, y ambos procesos se fusionan. En consecuencia el labio superior es formado por los dos procesos nasales mediales y los dos procesos maxilares. Las estructuras formadas por la fusión de estos procesos reciben en conjunto el nombre de segmento intermaxilar que comprende lo siguiente:

³ (5 y 8) Langman, Jan. Embriología Médica. Moyers, Robert. Tratado de Ortodoncia. Pág. 5-9

⁴ (8) Moyers, Robert. Tratado de Ortodoncia. pág. 5-9

-Un componente labial, que forma el filtrum o surco subnasal en la línea media del labio superior.

-Un componente maxilar superior que contiene los cuatro incisivos.

-Un componente palatino que forma el paladar primario triangular.

Una pequeña porción de la parte media externa de la nariz probablemente también deriva del segmento intermaxilar.

Mientras que el paladar primario deriva del segmento intermaxilar la porción principal del paladar definitivo es formado por evaginaciones laminares de los procesos maxilares.

Las elevaciones llamadas prolongaciones o crestas palatinas aparecen en la sexta semana de desarrollo y descienden oblicuamente a ambos lados de la lengua. Sin embargo en la séptima semana, las crestas palatinas ascienden hasta alcanzar una posición horizontal por arriba de la lengua y se fusionan entre sí formando el paladar secundario. Hacia adelante, las crestas se fusionan con el paladar primario triangular y el agujero incisivo puede considerarse la señal de la línea media entre los paladares primario y secundario.

Al mismo tiempo que se fusionan las crestas palatinas, el tabique nasal crece hacia abajo y va a unirse a la superficie cefálica del paladar neoformado.⁵

⁵ (5)Langman, Jan. Embriología Médica.

2-Embriología de Labio fisurado y paladar hendido:

El agujero incisivo se considera la línea divisoria entre las deformaciones anteriores y posteriores del paladar. Las anteriores al agujero incisivo comprenden el labio hendido lateral, fisura de maxilar superior y hendidura entre los paladares primarios y secundarios.

Estos defectos se deben a falta de fusión parcial o completa del proceso maxilar con el proceso nasal interno de uno o ambos lados. Los defectos situados detrás del agujero incisivo dependen de la falta de fusión de las crestas palatinas y comprenden fisura de paladar (secundaria) y úvula hendida. La tercera categoría se forma con una combinación de hendiduras tanto anteriores como posteriores al agujero incisivo.

3.-Etiología de fisuras de labio y paladar:

Herencia: La base genética de las hendiduras bucales es importante pero no puede predecirse. Se aprecia una gran variación en las manifestaciones dominantes y recesivas de una tendencia genética que no se apeg a las leyes genéticas comunes. La base genética del labio hendido y el paladar hendido se interpreta como una falta de proliferación mesodérmica a través de las líneas de fusión después que los bordes de las partes componentes se encuentran en contacto. Otra teoría describe un error en la desviación transitoria del aporte sanguíneo embrionario. También parece que la edad avanzada de la madre contribuye a vulnerabilidad del embrión y producción de hendiduras.

El descubrimiento de anomalías cromosómicas como causa de deformaciones congénitas múltiples ha dirigido la atención a otro fundamento genético de labio y paladar hendido. Parecen ser trastornos genéticos distintos los que causan hendiduras de tipo corriente que afectan labio, paladar o ambos y los que determinan paladar hendido aislado.

Factores ambientales: La transposición de la desnutrición materna y otras teorías ambientales para explicar la aparición de las fisuras bucales en el hombre no tienen a su favor una relación consistente. Sin embargo, puede decirse que: la intensidad, la duración y el tiempo de acción parecen ser de mayor importancia que el tipo específico del factor ambiental. La obstrucción mecánica de los márgenes en aproximación de las partes componentes se ha citado con frecuencia como factor etiológico contribuyente. El posible papel de la lengua que obstaculiza se ha sugerido considerando la embriología.⁶

4.-Anatomía del labio:

Normalmente la nariz posee una columnela recta de tamaño adecuado, que se apoya en un tabique recto también. Los arcos alares reposan en los cartílagos de la nariz y se sostienen sobre la base. El labio superior, con integridad del músculo orbicular posee en la parte central una excavación o filtrum limitada por dos columnelas prominentes. El arco de cupido, delicadamente curvado que tiene en el centro el tubérculo bermellón, está situado ligeramente por delante del labio inferior, en sentido frontal y posee una línea más blanca que marca el límite entre piel y mucosa.

⁶ (4) Kruger, Gustav O. Tratado de Cirugía Bucal. pág. 356-374

5.-Anatomía del paladar:

El paladar está compuesto por dos partes: el paladar duro u óseo en la parte anterior y el paladar blando en la parte posterior. Los alvéolos bordean el paladar duro, que está compuesto por el hueso maxilar en su parte anterior y central, en el que se implantarán los incisivos y se extienden posteriormente desde el agujero incisivo. La mayor parte del paladar duro está constituido por los dos maxilares y posteriormente por los huesos palatinos.⁷

El riego sanguíneo de los tejidos palatinos proceden de la arteria esfenopalatina de la arteria maxilar interna. La rama palatina ascendente de la arteria facial y las ramas de la arteria faríngea ascendente contribuyen a la irrigación sanguínea. La innervación motora de los músculos del paladar y faringe provienen principalmente del plexo vagal faríngeo con excepción del periestafilino externo que es innervado por la rama motora del trigémino y del estilofaríngeo innervado por el glosofaríngeo.

La innervación sensorial de la mucosa de esta región proviene de la segunda división del trigémino así como de las ramas del IX y X pares craneales del plexo faríngeo.⁸

⁷ (4)Kruger, Gustav O. Tratado de Cirugía Bucal. pág. 356-374

⁸ Idem. pág.356-374

El paladar duro separa las cavidades nasal y bucal, en tanto que el paladar blando funciona con la faringe en una importante acción de válvula, a la que se denomina mecanismo velofaríngeo. Además de participar en la elevación y tensión del paladar blando, los músculos elevadores y tensores abren la Trompa de Eustaquio.

6.-Anatomía del labio hendido:

En la hendidura unilateral del labio asociada a deformidad nasal hay varios grados de ausencia de tejido y de distorsión.

Las hendiduras tienen cierto grado de acortamiento vertical distinta en cada lado y que afecta labio y nariz. La falla de penetración mesodermal que ha forzado un túnel en el labio, tiene menos fuerza en la posición inferior del labio que en su parte central. La zona que no presenta hendidura muestra una distorsión en tirabuzón. En el lado de la hendidura puede haber un acortamiento de la columnela y un engrosamiento del arco alar con desviación del cartílago nasal e inserción de la base en la musculatura intacta del labio.

7-Anatomía del labio hendido bilateral:

El labio que está completamente hendido en ambos lados y generalmente asociado con hendidura completa del paladar puede solamente involucrar el paladar primario mientras el paladar secundario permanece intacto. En estos casos la premaxila está suelta pero unida a un segmento del maxilar y es proyectada hacia adelante por el crecimiento del septum cartilaginoso. El prolabio aparece como adherido a la punta de la nariz por una no existente columnela. Las alas nasales están elongadas y estiradas fuera de la maxila y los cartílagos se insertan en la parte muscular de los segmentos labiales a ambos lados.

La premaxila puede variar en tamaño y desarrollo. Puede ser que tenga los cuatro dientes incisivos; generalmente sólo uno o dos de estos dientes están presentes y ocasionalmente un diente supernumerario o normal puede estar colocado protruyendo de uno de los lados de la premaxila.

El hueso prevomeriano que es el soporte de la premaxila se distingue del hueso vómer por una línea de sutura localizada de 5 a 8 mm posterior a la base de la premaxila. El sitio de la línea de sutura está indicado por un alargamiento del borde inferior del vómer.

El proceso maxilar suelto de la premaxila y no influenciado por el crecimiento del cartílago septal puede aparecer pequeño y retruido. Puede haber espacio adecuado para acomodar la premaxila o los segmentos maxilares pueden haberse colapsado medialmente no dejando espacio para la premaxila en el arco alveolar.

La premaxila puede estar unida a la maxila en un lado y con hendidura en el otro o unida a la maxila en ambos lados, aunque esto ocurre cuando las hendiduras de los labios son incompletas.

8.-Anatomía del paladar hendido

Las hendiduras siguen generalmente las líneas de fusión de tal forma que el agujero incisivo, la hendidura pasa entre el premaxilar y el maxilar. En general atraviesan el alvéolo entre el incisivo lateral y el canino, pero ésta localización puede variar. Además en algunas ocasiones puede existir una fisura central de las estructuras anteriores.

Estas estructuras, situadas anteriormente respecto al agujero incisivo (incluidos los alvéolos, labio, piso de la nariz y cartílagos alares), se llaman estructuras prepalatinas o paladar primario. Las posteriores al agujero incisivo se llaman estructuras palatinas o del paladar secundario.

Las hendiduras en el alvéolo suelen acompañarse de hendiduras en el labio. Al no existir las fuerzas de contención del músculo orbicular de los labios intacto, los elementos de la hendidura alveolar están desplazados casi siempre hacia afuera de su posición normal, provocando el saliente del premaxilar en una fisura unilateral y a menudo, una protrusión acentuada en la hendidura bilateral. El segmento maxilar externo suele estar también desplazado hacia afuera de la reparación del labio, pero después de ésta es comprimido hacia adentro y puede quedar en posición de mordida en cruz. Además suele faltar altura vertical.

Es probable que los dientes próximos a la hendidura estén angulados en ésta, y a menudo muestran alteraciones de su forma y tamaño. En las hendiduras unilaterales, el vómer está casi siempre unido al maxilar del lado sano en toda su longitud.

En las hendiduras bilaterales de las estructuras prepalatinas y palatinas no están unido externamente, cosa que sucede también en las hendiduras palatinas que se prolongan hasta el agujero incisivo.⁹

⁹ (3) Flores, María. Trabajo Monográfico.

9.-Frecuencia:

Estimaciones de la frecuencia del labio hendido, con paladar hendido o sin el, varia de 0.8 a 1.6 casos por cada mil nacidos vivos. Las variantes de este margen se deben a diferentes condiciones raciales y geográficas. En nuestro medio la frecuencia es aparentemente mayor, se conocen datos de 1.52 por mil en Santiago de Chile y de 1.39 en ciudad de México.¹⁰

El labio y paladar hendido corresponden cerca del 50% de todos los casos de hendidura; la incidencia de labio y paladar hendido varia entre 1 en 700 y 1 en 1000 nacimientos y presenta grados variables de predilección racial. El paladar hendido aislado es menos frecuente, su incidencia varia de 1 en 1500 a 1 en 3000 nacimientos.¹¹

Otros estudios realizados acerca de la frecuencia de estas hendiduras arrojan una variante en los datos por ejemplo: Grace en Pensilvania 1 por 800; Davis en EUA 1 por 1200. Fogh-Andersen en Dinamarca 1 por 665. Ivy 1 por 762. Brogan y Woodings han informado sobre disminución de la frecuencia en Australia, mientras que Fogh-Andersen notó un aumento en escandinavia.¹²

En general parece haber una mayor frecuencia entre los Orientales en comparación con los de raza blanca y una menor frecuencia entre los negros.¹³

¹⁰ (9) Ortega, Humberto. Trabajo Monografico

¹¹ (10)Regezzi-sciubba.Patologia Bucal. pág. 504

¹² (11) Shafer, William. Tratado de Patología Bucal. pág. 13-18

¹³ (2)Finn, Sidney. Odontología Pediátrica. pág. 492-503

Los tipos de hendiduras aparecen con diferentes frecuencias y a menudo son desigualmente distribuido.¹⁴

La frecuencia total de hendiduras es mucho mayor entre los hombres que en las mujeres. Si se considera por sexo y grupo de hendidura, es evidente que el labio hendido y el labio con paladar hendido son mas frecuentes en hombres que en mujeres, pero el paladar hendido es mucho mas frecuente en mujeres que en hombres.¹⁵

El labio hendido unilateral se observa tres veces mas a menudo que el labio bilateral, también el lado izquierdo se encuentra mas frecuentemente involucrado que el lado derecho.¹⁶

De los tres grupos principales de hendiduras, el de labio hendido con paladar hendido presenta mayor frecuencia y a este pertenecen el 45% de todas las hendiduras; el grupo de paladar hendido tiene una frecuencia de 30%; y el de labio hendido de 25%.¹⁷

¹⁴ (13)Waite, Daniel. Tratado de Cirugía Bucal Práctica. pág. 491-508

¹⁵ (2)y(13) Finn, Sidney. Odontología Pediátrica. pag. 492-503 Waite, Daniel. Tratado de Cirugía Bucal. pág. 491-508

¹⁶ (2),(4)y(13)Finn, Sidney.Odontología Pediátrica. pág. 492-503. Kruger, G.Tratado de Cirugía Bucal.pag.356-374 Waite, D.Tratado de Cirugía Práctica

¹⁷ (2)Finn, S. Odontología Pediátrica. pág. 492-503

10.-Clasificación de las Fisuras de Labio y Paladar:

Numerosos métodos de clasificación se han propuesto para estas anomalías congénitas del tercio medio de la cara.

Stark, divide el tercio medio de la cara a partir del agujero incisivo en dos partes: el paladar primario (anterior) y paladar secundario (posterior).

El paladar primario hendido puede ser unilateral o bilateral y completo o incompleto, con grados variables de complejidad. Una interesante variación de labio fisurado se presenta con una banda Simonart's la cual es actualmente una fusión parcial del labio a la base de la nariz. El tejido remanente del filtrum y el labio en el área de la hendidura esta abierta.

En la situación de hendidura bilateral de labio, un lado puede estar completamente hendido, mientras que el lado opuesto esta incompleto. Con una hendidura del paladar secundario, se mantiene la misma situación ya sea estando la fisura completa o incompleta. En la clasificación de Stark, una hendidura del paladar secundario no esta completa a menos que ésta se extienda al foramen incisivo.

Una de las formas comúnmente rara de hendidura incompleta de paladar secundario es la hendidura submucosa, en la cual la membrana mucosa está intacta en ambas superficies oral y nasal, pero hay un defecto de fusión de hueso y músculo en la línea media.

Una clasificación popular de años anteriores que aún es usada es la de Veau:

Labio:

Tipo I: Defecto del bermellón o porción rosada del labio.

Tipo II: Fisura que incluye el borde bermellón y una porción muscular del labio superior pero no incluye el piso nasal del lado afectado.

Tipo III: Fisura completa unilateral envolviendo todo el contorno del labio típicamente acompañado por una marcada deformidad de la nariz.

Tipo IV: Hendidura bilateral de labio, ya sea parcial o completa o en combinación.

Paladar:

Tipo I: Hendidura del paladar blando solamente.

Tipo II: Hendidura del paladar blando y duro, extendiéndose hasta el agujero incisivo.

Tipo III: Hendidura unilateral completa, extendiéndose desde la úvula hasta el agujero incisivo en la línea media con una desviación lateral que atraviesa el alvéolo en posición del futuro incisivo lateral.

Tipo IV: Hendidura bilateral completa semejante al tipo 3 pero con dos hendiduras extendiéndose hacia delante del agujero incisivo y el alvéolo. Cuando ambas hendiduras envuelven el alvéolo la premaxila permanece suspendida del septum nasal.

Stark(1958) clasifica:

Paladar Primario:

a-Subtotal unilateral: afecta solo bermellón.



b-Subtotal unilateral: afecta bermellón y porción muscular de labio.



c-Total unilateral: afectando desde bermellón hasta el piso del ala de la nariz del lado afectado.



d-Total bilateral: afectando desde bermellón hasta el piso del ala de la nariz de ambos lados.



Paladar Secundario:

a-Subtotal: Hendidura de paladar blando.



b-Total: Hendidura del paladar blando y duro extendiéndose hasta el agujero incisivo.

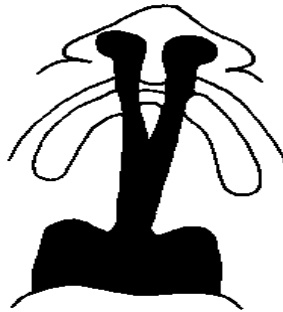


Paladar primario y secundario:

a-Total unilateral: Hendidura unilateral completa del paladar primario y secundario.



b-Total bilateral: Hendidura bilateral completa del paladar primario y secundario.¹⁸



11.-Tratamiento:

11.1-Quirúrgico:

Los principios fundamentales de los procedimientos quirúrgicos consisten en volver a colocar y suturar los segmentos hendidos. El cierre quirúrgico del labio hendido se realiza generalmente a los seis meses de edad.¹⁹ El niño debe estar libre de cualquier enfermedad sistémica o local que pueda contraindicar la cirugía, tener un peso mínimo de siete libras y estar en una fase de aumento de peso.²⁰

¹⁸ (12)Varoujan, C. Cleft lip and Cleft palate habilitation. pág. 358-420

¹⁹ (2)Finn, Sidney. Odontología Pediátrica. pág. 492-503

²⁰ (12)Varoujan, C.Cleft lip and Cleft palate habilitation. pág. 358-420

Existen variedades de técnicas pero la elección depende de la experiencia del cirujano y de las condiciones morfológicas de la hendidura.²¹

El cierre temprano del labio permite la alineación temprana del hueso del arco y mejora el potencial del crecimiento y desarrollo de los componentes óseos del tercio medio de la cara. El simple cierre longitudinal del labio fue originalmente descrito por Rose y Thompson y mas tarde fue modificado por Hagedorn. El advenimiento del colgajo triangular de Mirault tuvo mucho éxito y fue modificado por Brown y McDowell. La técnica de Tennison es otro tipo de colgajo triangular desarrollada y popularizada por Marcks y Bauer. En la misma época se desarrollo la técnica de LeMesurier. La técnica de rotación y avance de Millard tomo gran popularidad y en la actualidad es la técnica mas usada en todo el mundo.²²

Sin importar la técnica utilizada deben tomarse en cuenta ciertos criterios esenciales como son:

- *Aproximación de los tejidos con mínima tensión.

- *Cierre del labio por capas

- *Coaptación de los músculos de ambos lados del labio.

- *Simetría de las alas de la nariz

- *Cuidadosa alineación del borde bermellón del labio con un adecuado desarrollo del surco labial y el avance de la membrana mucosa que produce la normal eversión del tercio inferior del labio.²³

²¹ (2)Finn, Sidney. Odontología Pediátrica. pág. 492-503

²² (2)y(12)Finn, S. Odontología Pediátrica. pág.492-503. Varoujan, C. Cleft lip and Cleft palate habilitation. pág. 358-420

²³ (12)Varoujan, C. Cleft lip and Cleft palate habilitation. pág 358-420

La edad óptima del paciente para intentar la operación del paladar se prefiere que sea entre 18 y 24 meses de edad. La meta final de la cirugía del paladar hendido es proporcionar un mecanismo que separe adecuadamente las cavidades nasales y bucales del paciente, de manera que no exista interferencia en el crecimiento de los huesos faciales o en el desarrollo del lenguaje, audición y oclusión dental normales.

De las diversas técnicas quirúrgicas aceptadas para cerrar un paladar hendido, el principio básico en la mayoría es el empleo de colgajos mucoperiosticos, que se obtienen de los procesos palatinos óseos y se ponen en contacto en la línea media.

Frecuentemente el cirujano combina este cierre de la línea media con el denominado empuje hacia atrás del colgajo, procedimiento que logra proporcionar longitud adecuada al paladar blando para permitir el cierre velofaríngeo durante las funciones de lenguaje y deglución. Si el cirujano considera que no se puede obtener cierre velofaríngeo con este método, puede crear un puente de tejido entre la faringe y el paladar blando. Esto se logra disecando un colgajo de la pared posterior de la faringe, extendiéndose hacia delante y suturándolo al borde posterior del paladar blando.²⁴

Las técnicas más comunes para el cierre del paladar hendido son las técnicas de Sayler, Bardach, Oxford, colgajo triangular y Palatoplastia con dos o tres colgajos.²⁵

²⁴ (2)Finn, S. Odontología Pediátrica. pág. 492-503

²⁵ (1)Bardach,Janusz. Surgical Techniques in Cleft Lip and Palate. pág.9,11,50,66,67,215,243.

11.2.- Dental:

La presencia de hendiduras en niños puede hacer surgir diversos problemas dentales entre los cuales podemos mencionar caries dental, dientes supernumerarios, dientes ausentes congénitamente, dientes ectópicos, hipoplasia del esmalte, problemas ortodónticos y protésicos entre otros.

La extensión de los cuidados dentales requeridos por estos pacientes puede variar considerablemente y por lo general esta dictada por la gravedad de la deformación original. Algunos pacientes como los nacidos con hendidura de solo el paladar blando, pueden requerir únicamente los cuidados dentales ordinarios, prestados a todos los pacientes. Con la mayor gravedad de la hendidura original, aumentan el número y gravedad de los problemas dentales.²⁶

Como regla general se hace la visita inicial al dentista cuando el paciente tiene de 2 a 3 años de edad. En este momento la dentadura caduca esta en desarrollo y se han completado ya los cierres quirúrgicos de las hendiduras.

²⁶ (2)Finn, S. Odontología Pediátrica. pág. 492-503

11.3.- Ortodóntico:

El Ortodoncista debe procurar la correcta colocación de los dientes para restablecer la oclusión normal; hay que advertir que la zona de la fisura no permite casi nunca la colocación de dientes, los cuales generalmente se pierden o no se forman los folículos; el restablecimiento de una relación normal entre el maxilar inferior y el maxilar superior es tarea también del ortodoncista.²⁷

Se realiza en tres fases:

Fase 1: temprano alineamiento de los segmentos posteriores, seguido de la erupción completa de los molares deciduos (3 a 5 años). Los métodos usados en el reposicionamiento son: arco palatino fijo, arco palatino removible, aparato de paladar abierto con tornillo de expansión.

Fase 2: alineamiento de los segmentos posteriores y anteriores en la dentición mixta temprana o la dentición decidua tardía (5 a 7 años). En esta fase se pretende lograr el alineamiento de los segmentos anterior y posterior y la corrección de la oclusión traumática en los dientes permanentes anteriores.

Fase 3: tratamiento ortodóntico completo. En este se pretende lograr la posición correcta definitiva de los dientes, la cual es esencial para la completa rehabilitación de los pacientes con hendidura.²⁸

²⁷ (4) Kruger, G. Tratado de Cirugía Bucal. pág. 356-374

²⁸ (12) Varoujan, C. Cleft lip and Cleft palate habilitation. pág 358-420

11.4.- Protésico:

Este es muy importante en la rehabilitación de pacientes con hendiduras. Los objetivos principales de este tratamiento son: a) proveer una buena apariencia estética, b) proveer una adecuada función masticatoria y de deglución, c) proveer un adecuado mecanismo del habla.²⁹

Alternativas:

Pieza ausente: prótesis parcial fija (puente).

Prognatismo mandibular: resección mandibular.

Defecto pequeño del borde alveolar: Prótesis Fija.

Defecto grande del borde alveolar: Prótesis Removible

Paladar Fisurado: -Un obturador con una porción velofaríngea palatal.

-Un tipo de base de dentadura con función de obturar el paladar y ayudar al habla.³⁰

Si un paladar está bien restaurado pero no se puede elevar apropiadamente para cerrar el istmo velofaríngeo, puede extenderse un puntal hacia atrás a partir de un aditamento dental. A menudo un paladar blando reparado es insensible y puede tolerar el contacto de este aditamento y su extensión sin provocar reflejo nauseoso. Si el paladar es deficiente en longitud, se añade un obturador bulbar a la extensión posterior que se eleva.

²⁹ (2)Finn, S. Odontología Pediátrica. pág. 492-503

³⁰ (12)Varoujan, C. Cleft lip and Cleft palate habilitation. pág.358-420

La extensión posterior bulbar del aditamento logra un cierre parcial del istmo velofaríngeo sobre el cual puede actuar la musculatura faríngea. El tamaño del bulbo puede disminuirse gradualmente a medida que se desarrolla mayor constricción faríngea para lograr mejor cierre velofaríngeo. Este tipo de aditamento puede usarse para desarrollar acción muscular antes de llevar a cabo una operación de colgajo faríngeo.

Este aditamento también se usa para suplir dientes, para cubrir defectos del paladar duro, y para soporte adicional del labio superior por medio de una extensión gruesa de la aleta del surco. La retención del aditamento se logra anclándolo a dientes sanos o bien restaurados.³¹

11.5.- Terapéutica de la fonación:

El mejor criterio de rehabilitación de la hendidura palatina es el logro de un habla normal. La cirugía puede proporcionar un paladar anatómico, pero suele necesitarse el entrenamiento del habla para lograr la máxima función. El cierre velofaríngeo durante la fonación no se limita a la acción esfínterina, sino que se trata de un mecanismo completo y exacto. Además la acción de válvula determina la nasalidad y calidad de la voz, muchos problemas de la pronunciación guardan relación con la hendidura palatina. Estos problemas pueden ser complejos y requerir la habilidad de un foniatra competente.³²

³¹ (4) Kruger, G. Tratado de Cirugía Bucal. pág. 356-374

³² Idem. pág. 356-374

C.-Hipótesis:

En el “Hospital Materno-Infantil Fernando Vélez Paíz” se le brinda tratamiento integral a los pacientes que acuden con Fisura de Labio y Paladar Hendido, a pesar de los pocos recursos con que éste cuenta.

D.-Materiales y Métodos

1-Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo de corte transversal en el Hospital Materno Infantil Fernando Vélez Paíz, en el año 1997.

2-Universo y Muestra:

El universo de estudio se conformó por todos los pacientes atendidos por el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva y Odontopediatría del Hospital Materno Infantil Fernando Vélez Paíz, en el período antes mencionado.

En vista que los expedientes archivados de estos pacientes no tenían todos los datos para el estudio, se optó por una muestra por conveniencia, siendo los criterios de inclusión:

a.-Pacientes sometidos a cirugía correctiva de Labio y/o paladar hendido por el departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Fernando Vélez Paíz en 1997.

b.-Estar recibiendo tratamiento Odontológico en el servicio de Odontopediatría del Hospital Materno Infantil durante el año de 1998.

Cumpliendo estos criterios se incluyeron en el estudio 23 personas, 11

del sexo masculino y 12 del sexo femenino.

3-Instrumentos de recolección de la información:

La recolección de datos se realizó a través de la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes atendidos por el servicio de Odontopediatría del Hospital Fernando Vélez Paíz, cuya información se plasmó en una hoja de recolección de datos elaborada para tal fin.

4.-Variables:

- a.-Edad
- b.-Sexo
- c.-Procedencia
- d.-Raza
- e.-Nivel sociocultural
- f.-Anomalías Odontológicas acompañantes.
- g.-Tipo de Fisura
- h.-Tratamientos Efectuados

5-Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA
1.-Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la cirugía correctiva y/o hasta el tratamiento Odontológico.	< de 5 años 6-10 años 11-15 años > de 15 años
2.-Sexo	Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino, conjunto de individuos cuyo aparato genital es del mismo orden.	Masculino Femenino
3.-Procedencia	Lugar de origen o residencia habitual del paciente.	Rural Urbano
4.-Raza	Comprende todas las agrupaciones que se pueden reconocer en el ámbito de la especie a condición de que sean debidas a factores genéticos.	Blanco Negro Mestizo
5.-Nivel Sociocultural	Relativo a la sociedad o clases sociales y el conjunto de valores de toda persona en un medio cultural determinado como básicos para	Alta Media Baja

actuar en sociedad.		
6.-Anomalías Odontológicas acompañantes	Son aquellas anomalías concomitantes que aparecen junto a la lesión inicial y que no son exclusivas.	-Caries Dental -Hipoplasia de Esmalte. -Problemas Periodontales. -Dientes Supernumerarios -Dientes ectópicos -Oligodoncia -Malformaciones Dentales -Maloclusiones -Otras
7.-Tipo de Fisura	Es la falta de fusión y desarrollo insuficiente que pueden afectar tejidos blandos y óseos del labio superior, reborde alveolar y paladar duro y blando. Según clasificación de Stark.	-Paladar primario. Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV -Paladar Secundario Tipo I Tipo II -Paladar primario y secundario: Tipo III Tipo IV
8.-Tratamientos Efectuados	Son los procedimientos realizados por el Dentista y el Cirujano para	-Tipo de Tratamiento Quirúrgico

tratar en lo mejor posible de restituir la función y la estética del Paciente.	-Obturaciones, exodoncias, profilaxis, aplicación de Flúor, aparatos de Ortodoncia, Prótesis, pulpotomías, Endodoncias, otros.
--	---

6)- Procesamiento y Análisis:

Se realizó por medio del método de los palotes, mediante la confección previa de una tabla disponiendo en forma vertical los valores que toman las variables y en forma horizontal el número de unidades de Análisis que corresponden a cada una de dichas categorías.

E.-Resultados:

De los pacientes seleccionados del Hospital Materno Infantil Fernando Vélez Paíz en el año 1997 se estudiaron 23 pacientes de los cuales 11 correspondían al sexo masculino representando estos el 47.82% y 12 correspondían al sexo femenino, representando el 52.17%, de la muestra de este estudio.

Tabla I .1: Distribución de pacientes por sexo y edad

EDAD (años)	MASCULINOS	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
< de 5	1	4.34%	1	4.34%	2	8.69 %
6 a 10	4	17.39%	3	13.04%	7	30.43%
11 a 15	6	26.08%	3	13.04%	9	39.13%
> de 15	0	0	5	21.73%	5	21.73%
Total	11	47.82%	12	52.17%	23	100%

Fuente de información: expedientes de archivo del Hospital Materno Infantil

Fernando Vélez Paíz, Managua, 1997

1.-Distribución de los pacientes por sexo y edad:

En relación a los grupos de edades de menos de 5 años se encontraron 2 casos, representando el 8.69%, correspondiendo un caso del sexo masculino y el otro del sexo femenino. En el grupo de 6 a 10 años se encontraron 7 casos, correspondiendo al 30.43% del total de los pacientes; en este grupo 4 pacientes eran del sexo masculino y 3 del sexo femenino. Entre las edades de 11-15 años se encontraron 9 casos, representando el 39.13% del total, encontrándose 6 casos del sexo masculino y 3 del sexo femenino. Al grupo de más de 15 años encontramos 5 pacientes, que representan el 21.73% del total, siendo todos ellos del sexo femenino.

2.-Procendencia y nivel sociocultural:

Dentro de los resultados referentes a procedencia y nivel sociocultural se encontró lo siguiente:

* Dentro del nivel sociocultural alto no asistieron pacientes procedentes de la zona rural ni de la urbana.

* Dentro del nivel sociocultural medio se presentaron 3 pacientes de la zona rural y 4 de la zona urbana.

* Dentro del nivel sociocultural bajo acudieron 6 pacientes de la zona rural y 10 de la urbana.

Tabla I. 2: Procedencia/Nivel Sociocultural

Procedencia					
Nivel Sociocultural	Rural	%	Urbana	%	Total en %
Alta	0	0	0	0	0
Media	3	13.04	4	17.39	30.43
Baja	6	26.08	10	43.47	69.56
Total	9	39.13	14	60.86	100

Fuente de información: expedientes de archivo del Hospital Materno Infantil
 Fernando Vélez Paíz, Managua, 1997

3.-Raza:

Se encontraron cuatro pacientes de la raza blanca correspondiendo al grupo de 6 a 10 años, 3 del sexo masculino y uno del sexo femenino.

Se encontraron 19 mestizos, de estos 2 corresponden al grupo menor de 5 años, uno del sexo femenino y uno del sexo masculino; tres al grupo de 6 a 10 años correspondiendo dos al sexo femenino y uno del sexo masculino; nueve del grupo de 11 a 15 años, siendo seis del sexo masculino y tres del sexo femenino; cinco del grupo mayor de 15 años todos del sexo femenino.

4.-Clasificación del tipo de fisura:

Según la clasificación que se utilizó (Stark) para determinar el tipo de anomalía inicial presentada por los pacientes estudiados, tenemos los siguientes resultados:

- Se encontraron dentro de la anomalía de Paladar Primario 2 casos en la categoría tipo I y uno en la categoría tipo II para un total de tres pacientes correspondiendo al 13.04% del total de examinados.
- Dentro de la categoría tipo III, y tipo IV no se presentó ningún caso.
- Dentro de la clasificación de Paladar Secundario en la categoría tipo I no se presentaron pacientes con esta anomalía. Dentro de la categoría tipo II se encontraron 6, correspondiendo al 26.08%; la categoría tipo III y tipo IV no existen dentro de este apartado;
- Dentro de la clasificación Paladar Primario y Secundario se encontraron 11 casos en la categoría tipo III y 3 casos en la categoría tipo IV correspondiendo al 60.86% de los casos. Las categorías tipo I y II no se encuentran contempladas dentro de esta clasificación.

Tabla I.3: Tipo de anomalías iniciales presentes

ANOMALIA INICIAL					TIPO					
	I	%	II	%	III	%	IV	%	TOTAL	%
Paladar primario	2	8.69	1	4.34	0	0	0	0	3	13.03
Paladar Secundario	0	0	6	26.08	0	0	0	0	6	26.08
Paladar primario y Secundario	0	0	0	0	11	47.82	3	13.04	14	60.86
Totales	2	8.69	7	30.42	11	47.82	3	13.04	23	100

Fuente de información: expedientes de archivo del Hospital Materno Infantil

Fernando Vélez Paíz, Managua, 199

5.-Tratamiento Quirúrgico:

Se encontraron dieciocho casos en los cuales se realizó queiloplastía y diecinueve que se les realizó palatorrafia.

* Grupo menor de 5 años, a ambos se les realizó queiloplastía, correspondiendo uno al sexo masculino y otro al sexo femenino.

*Grupo de 6 a 10 años se realizó una queiloplastía correspondiendo al sexo femenino, dos palatorrafía, uno del sexo masculino y uno del sexo femenino.

Se realizó queiloplastía-palatorrafía a tres pacientes del sexo masculino y a uno del sexo femenino.

*Grupo de 11 a 15 años, se realizó queiloplastía a un paciente del sexo femenino, palatorrafía a dos pacientes, uno del sexo femenino y otro del sexo masculino, y queiloplastía-palatorrafía a seis pacientes, cinco del sexo masculino y uno del sexo femenino.

*Grupo mayor de 15 años a dos se le realizó palatorrafía correspondiendo al sexo femenino, y queiloplastía-palatorrafía a tres pacientes del sexo femenino.

6.-Anomalías Acompañantes:

Dentro de las anomalías acompañantes, encontramos que en la afección Hipoplasia del Esmalte se encontró en el grupo de edad menor de 5 años a un paciente del sexo femenino y otro del sexo masculino, que corresponden al 8.69%. En el grupo de 6 a 10 años encontramos un paciente del sexo masculino, no hallándose ningún paciente del sexo femenino, representando el 4.34%. En el grupo de 11 a 15 años tenemos a 5 pacientes del sexo masculino y 3 pacientes del sexo femenino, siendo el 34.78%. En el grupo de edad mayor de 15 años se encontraron 4 casos del sexo femenino y ninguno del sexo masculino, representando 17.39%.

Dentro de la afección Caries Dental, se encontró dentro del grupo de edad menor de 5 años un paciente del sexo femenino y uno del masculino, representando el 8.69%; entre los 6 a 10 años se encontraron 3 pacientes del sexo femenino y 4 del sexo

masculino, caracterizando el 30.43% del total; entre los 11 a 15 años se encontraron 6 del sexo masculino, y 2 del sexo femenino, representando 34.78%; en el grupo mayor de 15 años se encontraron 5 del sexo femenino y ninguno del masculino, siendo el 21.73%.

Dentro de la anomalía Enfermedad Periodontal, en el grupo menor de 5 años no se encontró ningún caso, en el grupo de 6 a 10 años se encontraron 3 del sexo femenino y 4 del masculino, representando 30.43% del total; en el grupo de 11 a 15 años se encontraron 6 del sexo masculino y 2 del sexo femenino, siendo el 34.78%, en el grupo mayor de 15 años se encontraron 4 del sexo femenino y ninguno del masculino, caracterizando el 17.39% del total.

Dentro de la anomalía de Dientes supernumerarios, no se encontró ningún caso en el grupo menor de 5 años; pero si uno entre los 6 a 10 años, siendo el 4.34%; en el grupo de edad de 11 a 15 años se encontró un caso del sexo femenino y uno del sexo masculino, representando el 8.69% del total. En el grupo de edad mayor de 15 años no se presentó ningún caso.

Dentro de la anomalía Oligodoncia, se encontró dentro del grupo menor de 5 años un paciente del sexo femenino y ninguno del masculino, siendo el 4.34%; en el grupo de 6 a 10 años no se encontró ningún caso en este grupo; en el grupo de 11 a 15 años se encontró cinco pacientes del sexo masculino y uno del sexo femenino, representando el 26.08%; en el grupo mayor de 15 años se encontraron tres pacientes del sexo femenino y ninguno del masculino, representando el 13.04%.

Dentro de la anomalía Dientes Ectópicos en el grupo de edad menor de 5 años se encontró un paciente del sexo femenino y uno del sexo masculino, representando el 8.69%; en el grupo de 6 a 10 años se encontraron 2 pacientes del sexo masculino y un paciente del sexo femenino, siendo el 13.04%; en el grupo de 11 a 15 años se encontraron cuatro casos del sexo masculino y dos del sexo femenino, caracterizando el 26.08% del total; en el grupo mayor de 15 años se encontraron dos pacientes del sexo femenino y ninguno del sexo masculino, simbolizando el 8.69% del total. Todas estas piezas dentales ectópicas pertenecían al segmento dentario anterior.

Dentro de las Malformaciones Dentales, en el grupo menor de 5 años no se encontró ningún caso, en el grupo de 6 a 10 años se encontró un caso del sexo femenino y ninguno del sexo masculino, siendo el 4.34%; en el grupo de 11 a 15 años se encontraron cinco del sexo masculino y un caso del femenino, representando el 26.08%; en el grupo mayor de 15 años se encontraron 3 de sexo femenino y ninguno del masculino, simbolizando el 13.04%.

Tabla I. 4: Anomalía Acompañante según Sexo/Edad

ANOMALIAS ACOMPaña NTES	FEMENINO				MASCULINO				TOTALES	
	< de 5	6-10	11-15	>15	< de 5	6-10	11-15	> de 15	Total	Total en %
Hipoplasia de Esmalte	1	0	3	4	1	1	5	0	15	65.2
Caries Dental	1	3	2	5	1	4	6	0	22	95.7
Enfermedad Periodontal	0	3	2	4	0	4	6	0	19	82.6
Dientes Supernumera rios	0	0	1	0	0	1	1	0	3	13.0
Oligodoncia	1	0	1	3	0	0	5	0	10	43.5
Dientes Ectópicos	1	1	2	2	1	2	4	0	13	56.5
Malformacio- nes Dentales	0	1	1	3	0	0	5	0	10	43.5

Fuente de información expedientes de archivo del Hospital Materno Infantil

Fernando Vélez Paíz, Managua, 1997

7.-Problemas ortodónticos:

Dentro de estos se encontró que nueve pacientes presentaban mordida cruzada anterior perteneciendo un paciente del sexo masculino del grupo menor de 5 años; en el grupo de 6 a 10 años encontramos dos del sexo masculino y uno del sexo femenino; en el grupo de 11 a 15 años encontramos dos casos del sexo masculino y uno del sexo femenino; en el grupo de mayor de 15 años encontramos dos casos del sexo femenino y ninguno del sexo masculino.

Algunos pacientes además de presentar mordida cruzada anterior, ésta se presentó en combinación con otro tipo de maloclusión, como se vio en el grupo de 11 a 15 años un paciente del sexo masculino que presentaba mordida cruzada anterior y posterior unilateral; en el grupo de mayores de 15 años un paciente del sexo femenino presentaba mordida cruzada anterior y colapso bilateral del maxilar.

Dentro de estos problemas ortodónticos se presentó también un caso de mordida borde a borde, correspondiente al grupo de 6 a 10 años del sexo masculino.

En el grupo de 11 a 15 años se atendió un caso del sexo femenino con giroversión; un caso de desoclusión canina en el grupo de 6 a 10 años del sexo masculino, y un caso de colapso bilateral posterior y anterior del maxilar superior del grupo de 11 a 15 años del sexo masculino. Dos casos de mordida cruzada posterior del grupo de edad mayor de 15 años del sexo femenino y un caso de hábito de proyección lingual dentro del grupo menor de 5 años del sexo femenino.

8.-Problemas Protésicos:

Se encontraron tres casos de ausencia dental congénita, en el grupo de 6 a 10 años se encontró un caso del sexo masculino; en el grupo de 11 a 15 años se encontraron dos casos correspondiendo al sexo masculino; en el grupo de mayor de 15 años se encontró un caso de ausencia dental por caries perteneciendo al sexo femenino.

En el grupo mayor de 15 años se encontró un caso del sexo femenino con necesidad de prótesis parcial removible superior.

9.-Problemas asociados a las malformaciones:

Se encontró que siete pacientes necesitaban de atención con el Foniatra, se encontró un caso en el grupo de edad menor de 5 años del sexo femenino, tres en el grupo de 6 a 10 años, dos masculinos y un femenino; del grupo de 11 a 15 años un caso del sexo masculino, en el grupo de mayores de 15 años se encontraron dos casos del sexo femenino. Un paciente necesitaba tratamiento del psicólogo, comprendido en el grupo de edad de 11 a 15 años del sexo masculino.

10.-Diagnóstico Bucal:

Se presentaron dos casos a los que sí se les tomaron *radiografías extraorales*, del grupo de edad de 11 a 15 años uno del sexo masculino y uno del sexo femenino, correspondiendo al 8.69%.

Dieciocho casos que se les tomaron *radiografías intraorales*, dos del grupo menor de 5 años un masculino y un femenino, correspondiendo al 8.69% del grupo de edad de 6 a 10 años dos del sexo masculino y uno femenino, correspondiendo al 13.04%; del grupo de 11 a 15 años se presentaron seis del sexo masculino y tres femeninos, correspondiendo al 39.13%; del grupo de mayor de 15 años cuatro pacientes del sexo femenino, correspondiendo al 17.39%.

A dieciocho pacientes les tomaron *Fotografías*, en el grupo de edad de 6 a 10 años se le tomaron cuatro al grupo de pacientes del sexo masculino y tres al femenino, correspondiendo al 30.43%; en el grupo de edad de 11 a 15 años se le tomaron cinco al sexo masculino y 2 al sexo femenino, siendo el 30.43%; en el grupo de edad mayor de 15 años cuatro casos del sexo femenino, correspondiendo al 17.39%.

A quince pacientes se les tomaron *modelos* de estudio, en el grupo de edad menor de 5 años se presentó uno del sexo masculino, siendo el 4.34%; en el grupo de edad de 6 a 10 años dos del sexo masculino y uno del sexo femenino, correspondiendo al 17.39%; en el grupo de 11 a 15 años cinco casos del sexo masculino y dos del sexo femenino, correspondiendo al 30.43%; en el grupo de mayor de 15 años cuatro del sexo femenino, siendo el 17.39%.

11.-Tratamiento Dental:

En relación al tipo de tratamiento se encontró que a todos los pacientes que acuden a la clínica de Odontopediatría reciben como tratamiento inicial profilaxis y aplicación tópica de flúor. El grupo de edad menor de 5 años, un paciente recibió tratamiento de obturación, exodoncia y una placa obturadora, y el otro tratamiento de exodoncias, obturaciones y pulpotomía. En el grupo de edad entre 6 - 10 años un paciente recibió tratamiento de obturaciones y exodoncia; otro paciente recibió tratamiento de obturación y pulpotomías; el siguiente paciente recibió tratamiento de obturación y exodoncias; otro paciente recibió tratamiento de obturación, exodoncias, pulpotomía y placa obturadora; otro paciente recibió tratamiento de obturación; otro paciente recibió tratamiento de obturaciones, exodoncias y placa obturadora con dientes artificiales; otro paciente recibió tratamiento de obturación, exodoncia y pulpotomía.

Dentro del grupo de edad entre 11 - 15 años, se encontró un paciente que recibió el tratamiento de exodoncia, obturaciones y placa Hawley; otro paciente recibió tratamiento de exodoncia, placa Hawley con resortes y plano de mordida, el otro paciente recibió tratamiento de obturaciones y presenta una placa expansora del paladar de acción triple, otro paciente recibió tratamiento de obturaciones y exodoncia; otro paciente recibió tratamiento de obturaciones, exodoncias y presenta una placa expansora de acción triple; otro paciente recibió tratamiento de obturaciones, exodoncia y presenta una placa obturadora con dientes artificiales; otro paciente recibió tratamiento de obturaciones, exodoncias, pulpotomía y presenta una placa expansora de paladar; otro paciente recibió tratamiento de obturaciones y pulpotomía; otro paciente recibió tratamiento de obturaciones, exodoncias, presentaba una placa Hawley con resortes y plano de mordida posterior bilateral.

Dentro del grupo mayores de 15 años se encontró que un paciente recibió tratamiento de exodoncia, obturaciones y placa expansora de paladar, otro paciente recibió tratamiento de obturaciones y exodoncias; otro recibió tratamiento de obturación, exodoncia y placa expansora de paladar; otro paciente recibió tratamiento de obturaciones y exodoncia, el quinto paciente recibió tratamiento de obturaciones y exodoncia.

12.-Otros tratamientos:

Dentro de los otros tratamientos recibidos por estos pacientes encontramos que todos asistieron al área de psicología y seis asistieron al foniatra, correspondiendo 4 de estos al grupo de 6-10 años, uno al grupo de 11-15 años y uno al grupo mayor de 15 años.

Tabla I. 5: Edad según tratamientos realizados

Tratamiento Realizado	Edad							
	< de 5 años	%	6-10 años	%	11-15 años	%	>de 15 años	%
1. Obturaciones	2	8.69	7	30.43	8	34.78	5	21.73
2. Profilaxis	2	8.69	7	30.43	9	39.13	5	21.73
3. ATF	2	8.69	7	30.43	9	39.13	5	21.73
4. Exodoncias	2	8.69	5	21.73	7	30.43	5	21.73
5. Pulpotomias	1	4.34	3	13.04	2	8.69	0	0
6. Endodoncia	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Corona Cromada	0	0	0	0	0	0	0	0
9. Sin tratamiento	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente de información: expedientes de archivo del Hospital Materno Infantil

Fernando Vélez Paíz, Managua, 1997

13.-Clasificación del tipo de fisura según sexo:

Dentro de la clasificación del Tipo de fisura estudiada los resultados fueron los siguientes; en el Paladar Primario en el Tipo I, se encontraron 2 pacientes del sexo femenino que corresponde al 8.69% del total de pacientes en estudio (23) y ninguno del masculino, en el Tipo II, se encontró uno del sexo femenino que corresponde al 4.34% y ninguno del masculino, dentro del Tipo III y IV no se encontró ninguno. Dentro del Paladar Secundario Tipo I, se encontró un paciente del sexo masculino correspondiendo al 4.34% y ninguno del sexo femenino; en el Tipo II, se encontraron 4 pacientes del sexo femenino que corresponden al 17.39% y uno del masculino que corresponde al 4.34%. Dentro del Paladar Primario y Secundario encontramos 3 pacientes del sexo femenino correspondiendo al 13.04% y 8 del sexo masculino, correspondiendo al 34.78%; en el Tipo IV se encontraron 2 del sexo femenino que corresponde al 8.69% y un paciente del sexo masculino, corresponde al 4.34%. Dando como resultado un porcentaje del 52.17% correspondiente al sexo femenino y un 47.82% para el sexo masculino, del grupo estudiado.

Tabla I. 6: Tipo de Fisura según Sexo

Tipo de Fisura	Femenino	%	Masculino	%	Total %
Paladar Primario					
Tipo I (pp)	2	8.69	0	0	8.69
Tipo II (pp)	1	4.34	0	0	4.34
Tipo III (pp)	0	0	0	0	0
Tipo IV (pp)	0	0	0	0	0
Paladar Secundario					
Tipo I (ps)	0	0	0	0	0
Tipo II(ps)	4	17.39	2	8.69	26.08
Paladar Primario y Secundario					
Tipo III (ppys)	3	13.04	8	34.78	47.82
Tipo IV (ppys)	2	8.69	1	4.34	13.03
Total en %	12	52.17	11	47.82	100

Fuente de información: expedientes de archivo del Hospital Materno Infantil

Fernando Vélez Paíz, Managua, 1997

F.-Análisis y Discusión:

De los 23 pacientes estudiados el 47.82% correspondió al sexo masculino y el 52.17% al sexo femenino, las estadísticas mundiales se basan en reportes al nacer, que es diferente a este estudio, que es de pacientes que acuden al servicio de Odontopediatría del Hospital Materno Infantil Fernando Vélez Paíz, donde ya entra el interés en corregir otras afecciones o secuelas. Por ello no coincide con las estadísticas mundiales en relación a la distribución de las hendiduras labiales y palatinas según sexo, las cuales refieren que dichas anomalías se presentan con mayor frecuencia en los pacientes del sexo masculino que en el femenino.

Según la literatura al considerar por sexo y grupo de hendidura, el labio hendido solo es más frecuente en hombres que en mujeres, en nuestro estudio se presentaron mayor número de casos correspondiendo al sexo femenino lo que no concuerda con la literatura investigada. El paladar hendido sólo es más frecuente en mujeres que en hombres, en nuestro estudio se presentaron 6 casos de paladar hendido correspondiendo cuatro al sexo femenino, y dos casos al sexo masculino, lo cual concuerda con la literatura consultada.

El labio hendido con paladar hendido es más frecuente en hombres que en mujeres; en este estudio se presentaron 11 casos de labio hendido con paladar hendido correspondiendo 8 al sexo masculino y 3 al sexo femenino, lo cual concuerda con las estadísticas mundiales sobre este fenómeno. En la hendidura de paladar y labio bilateral se encontraron tres casos, dos correspondientes al sexo femenino y uno al sexo masculino. (Ver tabla I. 6)

En relación a la edad el mayor número de pacientes correspondió al grupo de 11-15 años con un 39.13% seguido del grupo de 6 a 10 años con un 30.43%. El grupo de mayor de 15 años representó el 21.73% del total de pacientes y el grupo menor de 5 años representó el 8.69% del total de pacientes estudiados.

El mayor porcentaje del grupo de niños de 11 a 15 años se explica porque al tener casi completa la dentición permanente, dichos dientes son propensos al ataque agudo de la caries dental, que alcanza un pico entre los 12 y 15 años, también en estas edades es cuando se da la mayor incidencia de maloclusiones y periodontopatías siendo estos problemas los que requieren mayores necesidades de tratamiento odontológico.

El grupo que sigue en porcentaje es el de 6 a 10 años debido a que estos niños a esta edad tienen completa la dentición temporal y empieza la dentición permanente (dentición mixta) y con esto la susceptibilidad de caries es mayor, periodontopatías se hacen presentes por lo tanto estos pacientes acuden a la clínica odontológica para que sean resueltas sus necesidades de tratamiento.

El grupo de mayores de 15 años obtuvo el tercer lugar de prevalencia esto se debe a que estos pacientes acuden a las clínicas para darle seguimiento al tratamiento protético y ortodóntico que han recibido, también debido a que a esta edad ya está completa la dentición permanente y dichos dientes son propensos al ataque de caries, requiriendo mayor atención Odontológica.

Finalmente el grupo de menores de 5 años es el que obtuvo menor

prevalencia, esto se puede dar debido a que los padres pueden tener un cierto temor a que sus hijos reciban más tratamiento en la boca además de la cirugía.

De los 23 pacientes del estudio 14 (60.86%) procedían de zona urbana y 9 (39.13%) procedían de zona rural, existiendo una diferencia de 21.73%, esta diferencia se debe a que la población urbana tiene mayor acceso de transporte, información y accesibilidad a los Hospitales. (Ver tabla I. 2)

El tipo de anomalía inicial más frecuente fue el tipo III (paladar primario y secundario) con 11 casos, seguido del tipo II (paladar secundario) con 6 casos. Esto no coincide con la literatura consultada, ya que el tipo III y el tipo IV si concuerda con la misma, ya que en esta se menciona que el 45% del total de las hendiduras del labio y paladar corresponden al tipo III y IV, pero en nuestro grupo de estudio no se reflejaron los resultados, esto probablemente se deba a factores tales como nivel sociocultural y accesibilidad, entre otros. (Ver tabla I. 3)

Sin embargo se menciona que el labio hendido con paladar hendido unilateral se presenta con mayor frecuencia que el bilateral, lo cual si lo observamos en nuestro estudio que presentó 11 casos unilaterales y 3 casos bilaterales.

Con relación al tratamiento quirúrgico instaurado en estos pacientes observamos que en la mayoría de ellos se realizaron dos intervenciones quirúrgicas (como mínimo) en diferentes épocas. La primera, QUEILOPLASTIA fue realizada generalmente a la 6ta semana de vida; y la segunda, PALATORRAFIA, a los 16 meses aproximadamente.

Las anomalías dentales que se presentaron con mayor frecuencia fueron caries dental con el 95.65%; problemas periodontales con el 82.60%; hipoplasia del esmalte con el 65.21%; dientes Ectópicos en el 56.52%; Oligodoncia en el 43.47%; malformaciones Dentales en el 43.47%; dientes supernumerarios en el 13.04% de los pacientes estudiados. (Ver tabla I. 4)

No podemos olvidar que la caries dental es una enfermedad de distribución mundial con una prevalencia mundial y nacional por encima del 90% en las edades de 3-16 años. Ya que la mayoría de los pacientes estudiados están comprendidos entre estas edades, se explica por qué ésta fue la afección odontológica que se presentó con más frecuencia.

Es posible que la higiene de estos pacientes, debido a la anomalía en el labio y/o paladar, así como por otros factores concomitantemente presentes en la boca de estos niños, no sea la mejor, por lo que la caries dental se vea favorecida en su ritmo de avance y severidad.

Los padres de estos niños, probablemente pasan por alto los cuidados referentes al cepillado de los dientes y el de la higiene dental de sus hijos, debido al trauma que la anomalía de labio y/o paladar les produce en su estado emocional, además de la falta de cultura e información sobre higiene bucal, provocando periodontopatías por el proceso o historia natural de la enfermedad.

La hipoplasia del esmalte se presentó en el 65.21 % de los pacientes estudiados, esto coincide con investigaciones realizadas a nivel mundial, que reportan una frecuencia alta de hipoplasia del esmalte en pacientes con hendidura labial y/o palatina, ésta se presenta con mayor frecuencia en los incisivos en posición adyacente a la hendidura.

Otra anomalía que se presentó con frecuencia en estos pacientes fueron dientes ectópicos, oligodoncia y malformaciones dentales, cuya presencia pueden ser causantes de maloclusiones, explicables por los defectos óseos del paladar, alvéolo y dentales presentados.

En el estudio se encontró que un grupo de pacientes presentaba necesidades de tratamiento protésico debido a la ausencia congénita de piezas dentales, pérdida prematura de piezas por caries y oligodoncias; también se observó que otro grupo de pacientes presentaban resueltas este tipo de necesidades.

Encontramos un grupo representativo de pacientes, con problemas ortodónticos tales como mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior, colapso uni o bilateral del maxilar superior, mordida borde a borde o algún tipo de desoclusión; se resolvieron de acuerdo a la capacidad de atención y recursos que el área de Odontopediatría del Hospital Fernando Vélez Paíz brinda

Dentro de la raza encontramos los mestizos en 82.60% siguiendo los de la raza blanca en un 17.39%.

Los tratamientos Odontológicos más frecuentes fueron obturaciones, exodoncias, profilaxis y aplicaciones tópicas de flúor. Las obturaciones se realizaron al 95.65% de los pacientes lo cual demuestra la eficiencia en cuanto a cobertura del Servicio de Odontopediatría del Hospital. Esto coincide con la cantidad de pacientes que presentan caries o defectos hipoplásicos que ameritan tratamiento restaurativo. Las exodoncias se realizaron en el 82.60% de los casos estos es comprensible por la gran cantidad de caries presente, dientes supernumerarios, dientes ectópicos que requieren en la mayoría de los casos de este tratamiento. (Ver tabla I. 5)

Las profilaxis y la aplicación tópica de flúor se realizaron en el 100% de los pacientes, este procedimiento se realiza en forma rutinaria a todos los pacientes al ser atendidos por primera vez, excepto aquellos que por condiciones propias de la edad y otras situaciones no fue posible hacerlo.

CONCLUSIONES

- 1.-A pesar de la poca disponibilidad de recursos en el área de Odontopediatría de Hospital fernando Vélez Paíz se le brinda al paciente un tratamiento bien integral.
- 2.-El grupo etario de mayor frecuencia fue el de 6 a 11 años de edad.
- 3.- En los pacientes atendidos predominó el sexo femenino.
- 4.-El mayor número de pacientes procedían de la zona Urbana
- 5.-La raza que predomino fue la Mestiza.
- 6.-El nivel sociocultural de mayor prevalencia fue de la clase baja
- 7.-Las anomalías iniciales más frecuentes fueron de tipo III (Total unilateral, paladar primario y secundario) y tipo II (Paladar Secundario).
- 8.- Al analizar los tipos de anomalías dentales en relación al tipo de hendidura, encontramos que las más graves y severas son la caries dental, los problemas periodontales, hipoplasia del esmalte y dientes ectópicos.
- 9.-La Queiloplastia y la Palatorrafia fueron los tratamientos quirúrgicos realizados.
- 10.-Las anomalías acompañantes más frecuentes fueron la caries dental y los problemas periodontales y maloclusión (Mordida Cruzada Anterior).

11.-Los principales tratamientos odontológicos brindados a los pacientes fueron obturaciones, exodoncias, profilaxis y aplicación tópica de flúor.

12.-En el Hospital Materno Infantil Fernando Vélez Paíz, el equipo de trabajo lo constituye, Cirujano Plástico, Odontopediatra y Psicólogo.

RECOMENDACIONES

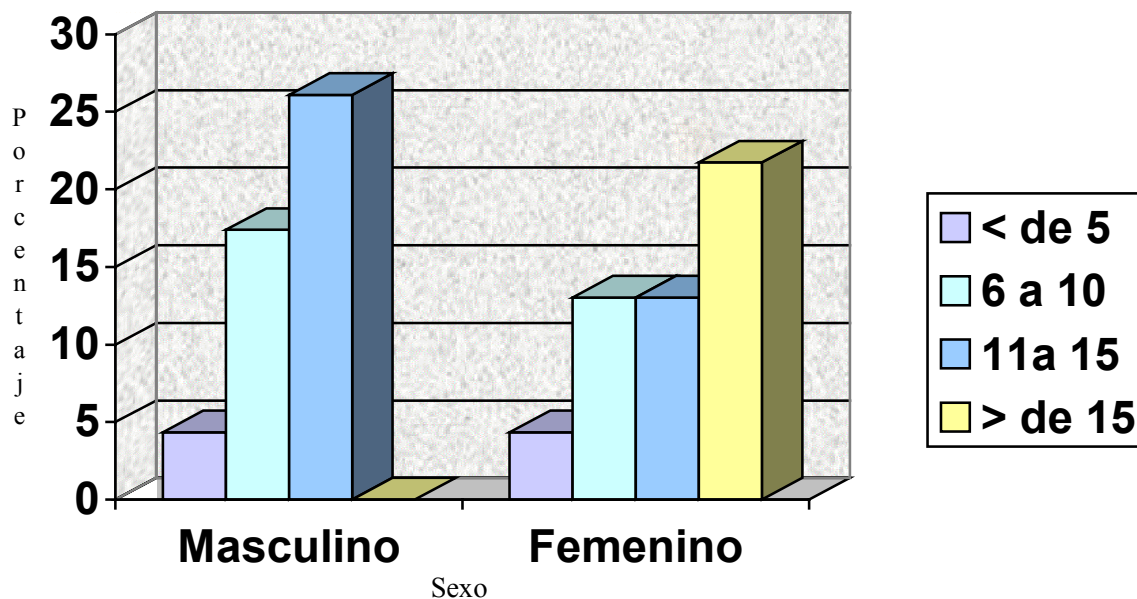
- *Complementar el tratamiento de Ortodoncia y Prótesis en niños con necesidad de aparatología fija.
- *Concentrar mayor atención del tratamiento en el área de Foniatría y Psicología.
- *Brindar información a través de los medios de comunicación sobre el Servicio de Operación Sonrisa que se presta en el Hospital Fernando Vélez Paíz.
- *Llevar el seguimiento del tratamiento en los Centros de Salud de las comunidades a las cuales pertenecen estos pacientes; para evitar la saturación de pacientes con necesidades básicas y lograr mayor cobertura en el área especializada de tratamiento.

ANEXO A: INDICE DE TABLAS

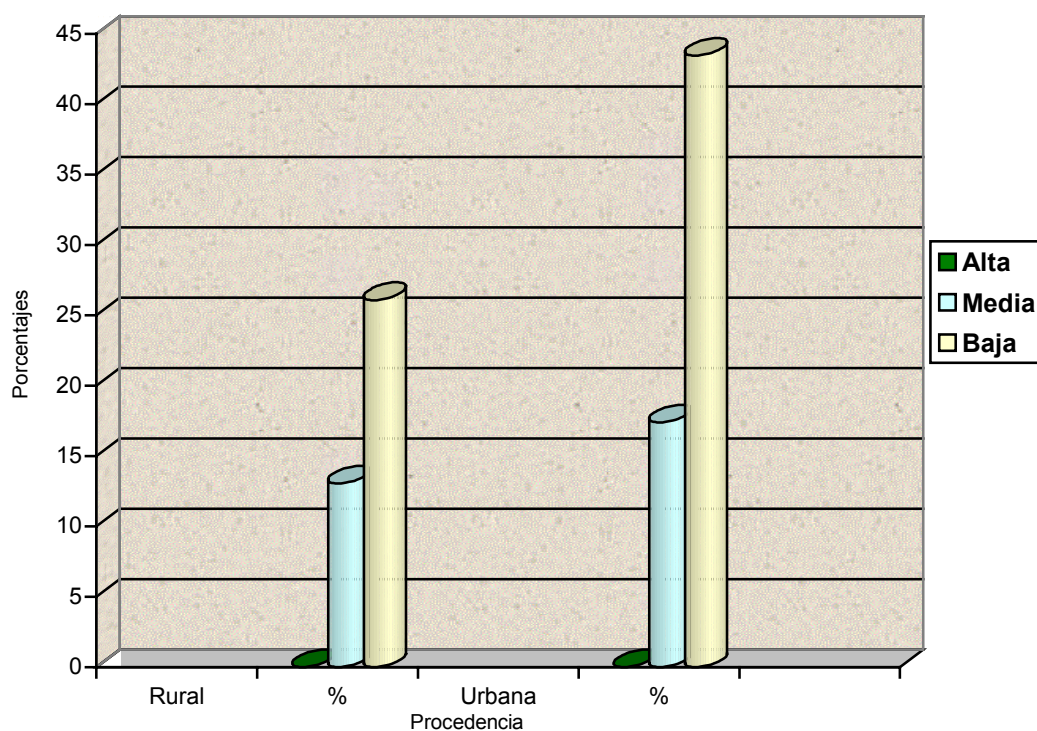
INIDICE DE TABLAS

Tabla I.1 Distribución de Pacientes por Sexo y Edad.....	pág. 33
Tabla I.2 Procedencia/Nivel sociocultural	pág. 35
Tabla I. 3 Tipo de anomalías iniciales presentes.....	pág. 37
Tabla I. 4 Anomalía acompañantes vrs Sexo/Edad	pág. 41
Tabla I. 5 Edad vrs Tratamiento realizados	pág. 46
Tabla I. 6 Tipo de Fisura vrs Sexo	pág. 48

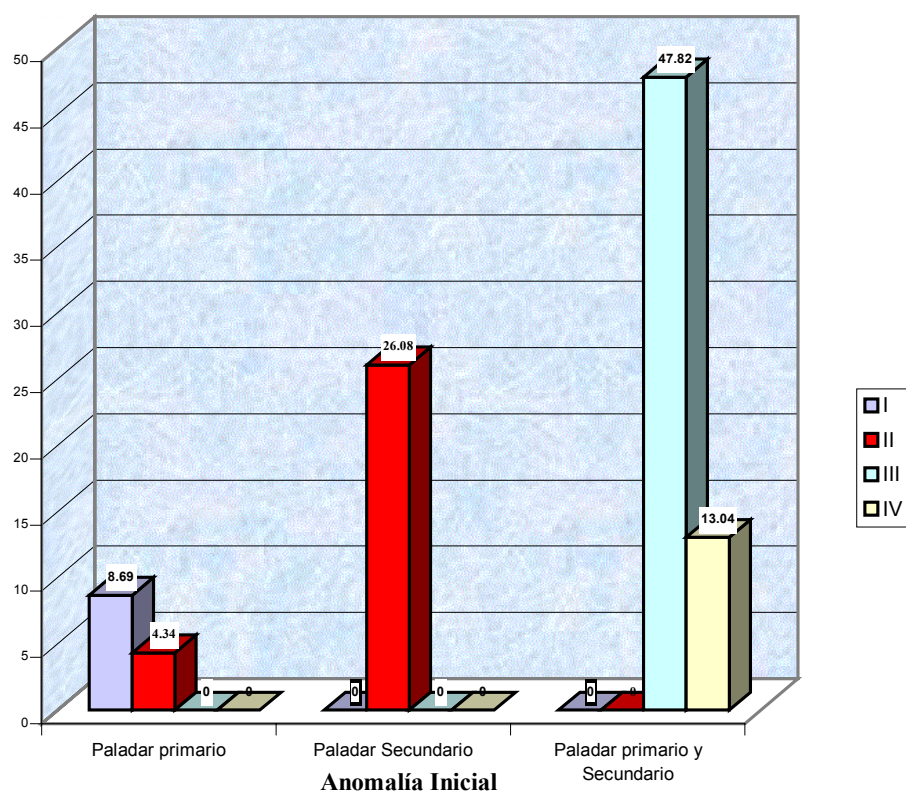
ANEXO B: CUADROS



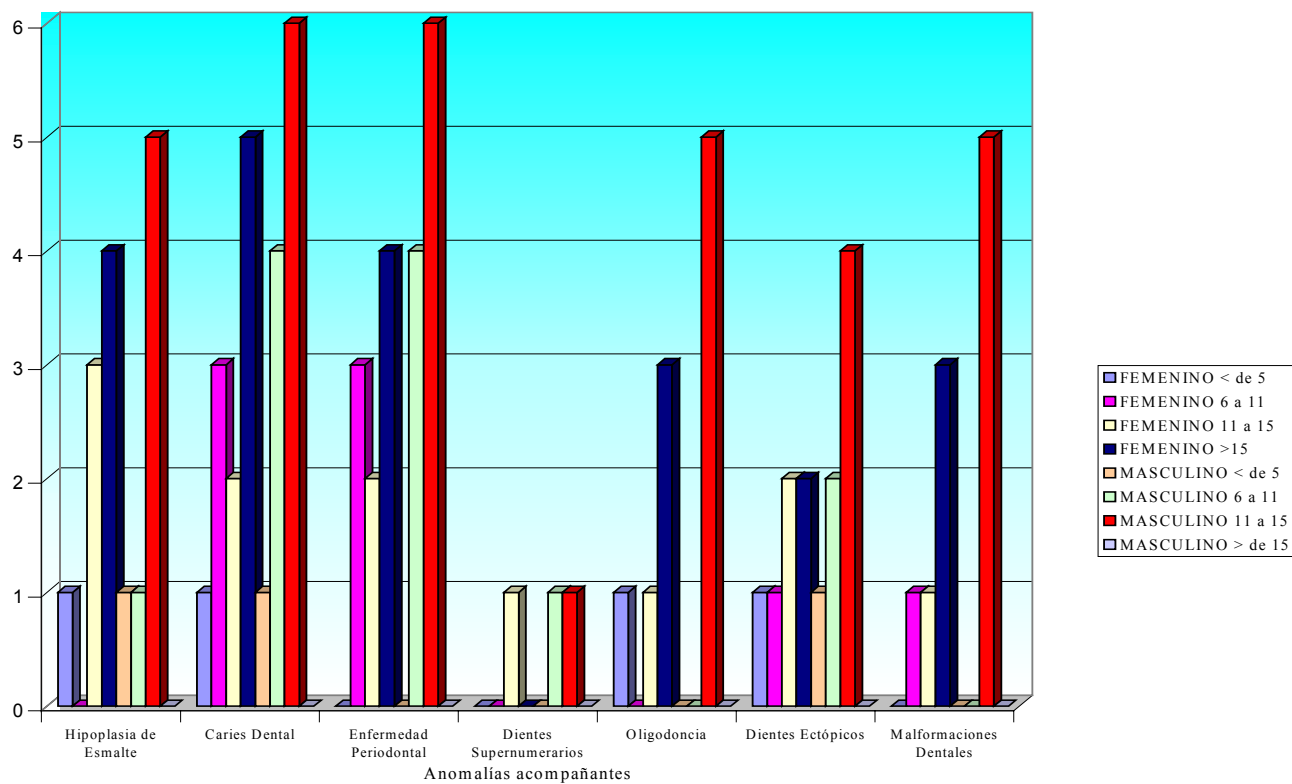
Cuadro 1: Distribución de Paciente por Sexo y Edad



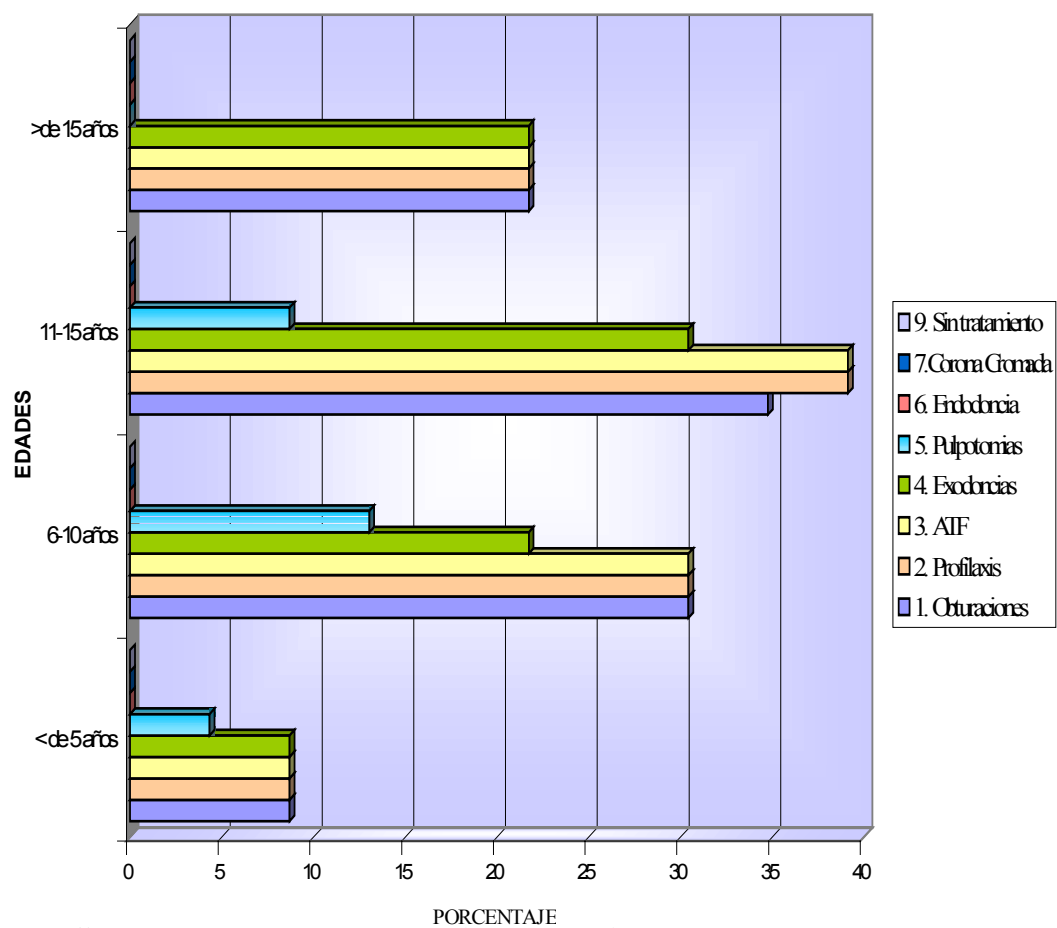
Cuadro 2: Nivel Sociocultural según Procedencia



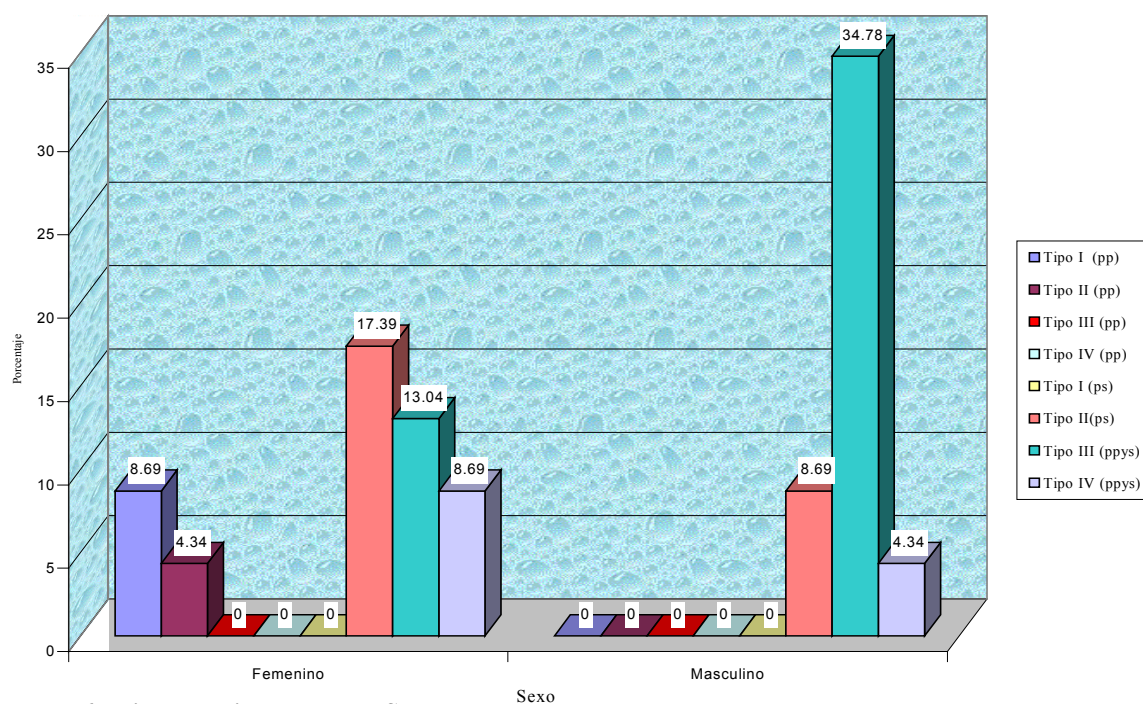
Cuadro No.3: Tipo de anomalías iniciales presentes



Cuadro 4: Anomalías acompañantes según Sexo/Edad



Cuadro 5: Edad según Tratamientos realizados



Cuadro 6: Tipo de Fisura según Sexo

ANEXO C: FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUCTIVO

FICHA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION:

Núm. _____

Exp. _____

I.-DATOS GENERALES:

Edad _____ (años y meses)

Sexo _____

Procedencia: Rural _____

Urbana _____

Raza: _____

II.-TIPO DE ANOMALIA SEGUN STARK (marcar)

PALADAR PRIMARIO

Sub Total Unilateral- Tipo I _____

Sub Total Unilateral- TipoII _____

Total Unilateral- Tipo III _____

Total Bilateral- Tipo IV _____

PALADAR SECUNDARIO

Sub Total- Tipo I _____

Total- Tipo II _____

PALADAR PRIMARIO Y SECUNDARIO

Total Unilateral- Tipo III _____

Total Bilateral – Tipo IV _____

III.-TRATAMIENTO QUIRURGICO REALIZADO (descripción)

ANOMALIAS ACOMPAÑANTES (marcar con “X”)

Hipoplasia de esmalte _____

Caries Dental _____

Problemas periodontales _____

Dientes Supernumerarios _____

Oligodoncia _____

Dientes Ectópicos _____

Malformaciones Dentales _____

Problemas Ortodonticos (describa)

Problemas Protésicos (describa)

Problemas de Fonación (describa)

Problema Psicológico (describa)

IV.-DIAGNOSTICO BUCAL (medios auxiliares, ponga sí o no)

Radiografías. Extraorales _____

Intraorales _____

Fotografías _____

Modelos _____

V.-TRATAMIENTO DENTAL (marque con “x”)

Obturaciones _____

Profilaxis _____

A.T.F. _____

Exodoncias _____

Pulpotomias _____

Endodoncias _____

Coronas Cromadas _____

Ortodoncia

Prótesis

Foniatra

Psicólogo

Nivel Socio-Cultural (marcar con una “x”)

Clase Alta _____

Clase Media _____

Clase Baja _____

INSTRUCTIVO DE FICHA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION:

Núm.: se colocará el número de la ficha que se va llenando.

Exp.: se colocará el número del expediente revisado

I. DATOS GENERALES:

Edad: años que presenta el paciente al ingresar al hospital.

Sexo: masculino para varón, y femenino para mujer.

Procedencia: se marcará con una “x” su procedencia, ya sea, rural o urbana.

Raza: se anotará el tipo de raza a la que pertenece.

II. TIPO DE ANOMALIA SEGÚN STARK: se marcará con una “x” al tipo de anomalía a la que

corresponde.

III. TRATAMIENTO QUIRURGICO REALIZADO: se describirá la técnica quirúrgica utilizada para la corrección de la anomalía presente.

ANOMALIAS ACOMPAÑANTES: se marcará con una “x” el tipo de anomalía que acompaña a la fisura.

Problemas ortodónticos, protésicos, fonación, psicológico: se describirá el tipo de problema acompañante con que el paciente se presentó.

IV. DIAGNOSTICO BUCAL (medios auxiliares): se colocará “Si” o “No” de acuerdo a si se realizaron o no.

V. TRATAMIENTO DENTAL: se marcará con una “x” el tratamiento que se le efectuó. Ortodoncia, Prótesis, Foniatra, Psicólogo: se describirá el tratamiento efectuado por estas áreas.

VI. NIVEL SOCIOCULTURAL: se interrogaba al acompañante del paciente el ingreso mensual de los padres, de 400 a 900 cordobas se considerara clase bajo; 1000 a 6000 cordobas, clase media; más de 10000 cordobas, clase alta.

ANEXO D: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma de Actividades

[illegible]

BIBLIOGRAFIA

1. Bardach, Janusz. Surgical Techniques in Cleft Lip and Palate. Year Book. Medical Publisher, inc. Chicago-London. Caps. 1, 2, 7, 9. Págs. 9, 11, 50, 66, 67, 215, 243.
2. Finn, Sidney. Odontología Pediátrica. IV Edición, Nueva Editorial Interamericana. México, D.F. Cap. 25. Pág. 492-503. Año 1980.
3. Flores María. Trabajo Monográfico. Manejo de fisura labial y palatina. H.A.L.F. Page. 7-17. Managua, Nicaragua. Abril 1987.
4. Kruger, Gustav O. Tratado de cirugía Bucal. IV Edición. Editorial Interamericana. México, D.F. Cap. 21, Págs. 356-374. Año 1987.
5. Langman, Jan. Embriología Médica. IV Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. Cap. 16, Págs. 266-270; 279-284. Año 1982.
6. Mayoral, José, y col. Ortodoncia. Principios Fundamentales y Práctica. VI Edición. Editorial Labor, S.A. España. Cap. 9, Págs. 174-175. Año 1990.
7. Montgomery, William. Guide to Dental Problems for Physicians and Surgeons. I Edición. Editorial Williams & Wilkins.
8. Moyers, Robert. Tratado de ortodoncia. I Edición. Nueva Editorial Interamericana. México, D.F. Cap. 1, Págs. 5-9. Año 1960.
9. Ortega, Humberto. Trabajo Monográfico. Secuelas Post-quirúrgicas del Prolabio en pacientes con fisura labial doble. H.M.I. "F.V.P.". Pag. 12-16. Managua, Nicaragua. Octubre, 1991.

10.Ragezzi-sciubba. Patología Bucal. II Edición. Editorial Interamericana. México, D.F. Pág. 504. Cap. 15. 1995

11.Shafer, William. Tratado de Patología Bucal. IV Edición. Nueva Editorial Interamericana. México, D.F. Cap.1, Págs.13-18. Año 1986.

12.Varoujan, A.Chalian. Cleft lip and Cleft palate habilitation. II Edición. Editorial Williams & Wilkins. Baltimore EUA. Cap. 21, Págs.358-420. Año 1987.

13.Waite, Daniel. Tratado de cirugía Bucal Practica. II Edición. Editorial Continental. México, D.F. Cap.25. Págs.491-508. Año 1988